FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N° 472

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 décembre 1874

PAR P. T. CROUZEL
Né à Cabans (Dordogne).

DE L'INFLAMMATION SUPPURÉE
DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1874

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen........................ M. WURTZ.

Professeurs.................... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SEE (G.). LASÈGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BERGERON.	DUBRUEIL.	HAYEM.	PERIER.
BOUCHARD.	DUGUET.	LANCEREAUX.	POLAILLON.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANNELONGUE.	RIGAL.
BROUARDEL.	FERNET.	LÉCORCHÉ.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GARIEL.	LE DENTU.	
DAMASCHINO.	GAUTIER.	NICAISE.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. RICHET, *président ;* GOSSELIN, POLAILLON, DUGUET.

M. PINET, *Secrétaire.*

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A M. LANNELONGUE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

DE

L'INFLAMMATION SUPPURÉE

DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

AVANT-PROPOS

On observe bien rarement l'inflammation de la glande sous-maxillaire. Les auteurs classiques n'en parlent pas; ils se contentent de signaler la possibilité de cette affection. Elle se montre quelquefois, en effet, comme nous le verrons dans un instant. Mais son histoire est à faire.

Nous ne dissimulerons pas qu'il nous paraît téméraire de nous engager dans une voie si peu connue. Et notre inexpérience nous aurait bien vite détourné d'une semblable entreprise, si nous n'avions compté sur la bienveillante indulgence de nos juges.

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de l'affection qui nous occupe. Il existera, sans doute, force lacunes dans notre travail. Quelques passages, peut-être, prêteront à la critique. Toutefois, nos efforts tendront constamment vers la recherche de la vérité; et, si ce but n'est pas atteint, notre bonne volonté sera notre meilleure excuse.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Un grand nombre de glandes président à la sécrétion de la salive. Deux principales, au point de vue pathologique, la parotide et la sous-maxillaire, méritent une mention spéciale. Leur identité de fonctions et de structure, leur disposition, et l'ouverture de leur canal excréteur à la surface de la muqueuse qui tapisse la cavité buccale, permettent de penser que, lorsque l'une d'elles est affectée, l'autre participe, le plus souvent, dans une certaine mesure, à cette affection.

Ces deux glandes, cachées sous les parties molles et derrière le maxillaire inférieur, se trouvent à l'abri des violences extérieures; aussi n'est-il pas fréquent de les voir s'enflammer par le fait du traumatisme externe. Le plus souvent leur inflammation se rattache. soit à une maladie de la bouche, soit à l'obstruction ou à l'irritation de leur canal excréteur, soit à une idiosyncrasie de l'individu. Quelle que soit la cause de la phlegmasie des glandes salivaires, il est certain qu'elle se termine bien rarement par suppuration. Et cette immunité que possèdent les glandes salivaires d'échapper à la suppuration, elles la doivent, comme les autres glandes de l'économie, à leur structure particulière. Avant de passer à la maladie qui nous occupe spécialement, nous dirons quelques mots de l'inflammation de la parotide. Le rapprochement de ces deux affections, qui ont la plus grande analogie, pourra nous être de quelque utilité.

La parotidite survenant chez des individus jeunes, d'une bonne constitution et dans l'état de santé, se termine ordinairement par résolution. Si, au contraire, elle atteint des vieillards débilités, ou même des sujets jeunes, mais profondément cachectisés, la suppuration est presque de règle. Par le mot parotidite, nous comprenons aussi la maladie décrite dans les livres classiques sous le titre d'*oreillons*.

Ici nous allons nous trouver en contradiction avec quelques au-

teurs, dont l'autorité est considérable en cette matière. Mais, si, dans ce cas particulier, nous ne partageons pas leur manière de voir, nous tenons à témoigner hautement notre respect pour la mémoire de ces savants, ne voulant pas ressembler à « ces enfants drus et forts du bon lait qu'ils ont sucé, qui battent leur nourrice. »

Trousseau et Grisolle entendent par oreillons l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la glande parotide. M. Bouchut, dans son Mémoire sur la nature et le traitement des oreillons, localise la maladie dans le canal de Sténon. «Les oreillons, dit l'auteur, ne sont qu'une rétention salivaire due à l'inflammation catarrhale du conduit excréteur parotidien.» D'autres enfin, Andral, dans sa Pathologie interne, et Roche (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), placent le siége de l'affection principalement dans la glande parotide. Cette divergence d'opinions est due au défaut de recherches anatomiques. Les oreillons, en effet, constituent une maladie très-bénigne, qui se termine par la guérison dans l'immense majorité des cas.

L'auteur du Dictionnaire, dont nous venons de parler, cherche dans la marche et la terminaison de la maladie les preuves de son assertion : «Si l'inflammation, dit-il, occupait le tissu cellulaire, on verrait les oreillons se terminer le plus souvent par suppuration, tandis que cette terminaison est très-rare. Si elle n'occupait pas le système glandulaire du cou, on ne concevrait pas que la métastase s'en fît presque constamment sur d'autres organes glandulaires, les mamelles, les testicules. Admettez, au contraire, que le siége que nous leur assignons soit le véritable, et cette métastase de prédilection s'explique tout naturellement par la grande analogie de texture et de fonctions des glandes salivaires, mammaires et spermatiques, et par le rapport physiologique, le lien sympathique qui associe chaque organe à la souffrance des organes analogues plus intimemement qu'à celle de tous les autres.» Ne retrouvons-nous pas cette sympathie d'organes dans le cours d'autres maladies, hé-

las ! trop communes? C'est ainsi que l'inflammation du péricarde et de l'arachnoïde se développent sous l'influence du rhumatisme, et que la pleurésie amène aussi à sa suite la péricardite. D'ailleurs les oreillons suivent la marche des autres inflammations glandulaires : ils se terminent, le plus souvent, par résolution, et la suppuration n'a lieu que chez des sujets malingres ou débilités par des maladies antérieures. Et de là il y a loin à affirmer que la résolution est un fait constant. Pour ne citer qu'un exemple d'oreillons suppurés, nous mentionnerons l'observation intéressante insérée par M. le Dr Emond dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1867).

ÉTIOLOGIE.

L'inflammation propre de la glande sous-maxillaire est bien moins fréquente que celle de la parotide. Mais l'inflammation provoquée par les différentes causes que nous allons énumérer, se présente bien plus fréquemment dans la sous-maxillaire. Pour expliquer ce dernier fait, nous dirons que le canal de Warthon, principal agent de transmission de la maladie, est bien plus favorablement disposé pour recevoir la lésion primitive, et que, par une singulière prédisposition que rien n'explique, les corps étrangers se développent dans ce conduit beaucoup plus souvent que dans le canal de Sténon.

Un grand nombre de causes peuvent amener l'inflammation de la glande sous-maxillaire. La soie que les cordonniers ont l'habitude d'introduire dans la bouche a pu irriter le canal de Warthon et amener, par extension, l'inflammation de la glande. On a vu des poils de brosse se loger dans ce conduit et produire ce même résultat. Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* (10 juin 1873) : « A la suite de l'introduction d'un poil de brosse dans le canal, il y eut rétention de la salive et gonflement de la joue. La formation d'un abcès était imminente, lorsque après avoir extrait le corps étranger, tout rentra

dans l'ordre. » Nous citerons, plus loin, un cas d'inflammation franche de la glande sous-maxillaire à la suite de l'introduction dans la bouche d'un fragment de paille, rapporté par Chassaignac à la Société de chirurgie (août 1869). A côté des corps étrangers venus du dehors, nous signalerons les calculs qui se développent dans le canal excréteur ou dans la glande elle-même. Les observations de ce genre abondent : Duparcque (*Revue médicale* de 1842, t. I) en cite un grand nombre d'exemples. Jarjavay en a observé plusieurs; d'autres ont été publiés depuis cette époque, et, il y a un mois à peine, nous en avons observé un cas, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco. Au reste, nous en citerons plus loin qui entrent complètement dans notre sujet.

Il n'est pas rare de voir les maladies de la bouche, et principalement les stomatites, provoquer l'inflammation de la glande en question. Le traitement par le mercure et par l'iodure de potassium peut amener une congestion assez vive de la glande. Enfin, les maladies graves : la fièvre typhoïde, la pneumonie chez les vieillards, la morve, la peste, la variole, ont une influence incontestable dans le développement de la phlegmasie sous-maxillaire. Mais comment ces différentes causes peuvent-elles amener l'inflammation glandulaire? Pour ce qui est des corps étrangers obturant le canal de Warthon, la phlegmasie peut avoir lieu par deux mécanismes : 1° le corps étranger peut suspendre complètement le cours de la salive et, dans ce cas, il se produit un gonflement, une perspiration, une inflammation de la glande, comme l'ont démontré les expériences de M. Cl. Bernard. Nous ne voulons pas dire cependant que la rétention de la salive produise constamment l'inflammation glandulaire, car ce serait méconnaître ce que nous apprend l'expérience de chaque jour : n'y a-t-il pas souvent rétention de l'urine dans l'uretère sans inflammation du rein correspondant? Et la bile est aussi retenue souvent dans les voies biliaires sans qu'il y ait manifestation de phlegmasie hépathique.

Toute rétention complète d'un liquide sécrété, dit Cruveilhier, a pour conséquence nécessaire, d'abord une diminution notable, puis une suppression de sécrétion. Nous regrettons vivement de n'avoir pu vérifier cette loi sur nos malades. Malheureusement nous les avons perdus de vue après leur sortie de l'hôpital.

2° D'un autre côté, ces corps étrangers en contact avec les muqueuses provoquent le développement de congestions sanguines, d'inflammations, qui, des parties où se trouvent ces corps, se transmettent de proche en proche jusqu'à la glande elle-même.

Dans la stomatite nous croyons que la phlegmasie est transmise directement de l'extrémité du canal de Warthon à la glande, soit que la partie terminale de ce conduit devienne le siége de la stomatite, soit qu'elle s'enflamme consécutivement par l'irritation qu'exercent sur elle les détritus morbides de la cavité buccale. Quant à déterminer pourquoi cette inflammation se manifeste spécialement dans le cours de certaines maladies et chez certains individus plutôt que chez d'autres, il nous est impossible de le faire. Et dans l'état actuel de la science, il serait, je crois, bien difficile de donner de ces faits une explication satisfaisante. Toutefois, nous aimons à espérer que lorsqu'on aura pénétré plus avant dans la structure des corps organisés, la lumière se fera sur cette spécificité morbide encore entourée de ténèbres.

Nous avons encore à déterminer dans quelles circonstances arrive la suppuration de la glande. Ce que nous avons dit au sujet de la suppuration de la parotide nous dispensera d'entrer dans de nouveaux détails, et nous savons déjà combien cette terminaison est rare. Dans les observations que nous relaterons plus loin, nous verrons que la suppuration s'est produite seulement dans deux circonstances : dans les cas de phlegmasie répétée ou prolongée de l'organe glandulaire, ou bien lorsque cette phlegmasie s'est manifestée chez des individus avancés en âge et profondément débilités par une autre maladie intercurrente. Dans l'un et l'autre cas, c'est une in-

flammation hypostatique qui se déclare et qui suit ici la même marche que dans les autres parenchymes. Or, nous savons quelle est la tendance déplorable de ces sortes de maladies à se terminer par la suppuration.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous dirons peu de chose ici sur les lésions anatomiques, nous réservant d'en faire, au chapitre des observations, une description détaillée.

Dans les cas d'inflammation propre de la glande (et c'est le seul mode d'affection qui nous ait fourni l'occasion de faire l'examen des pièces anatomiques), nous ferons remarquer que nulle part le pus n'est réuni en foyer; il y a une infiltration générale de la glande. Les acini sont augmentés de volume et offrent l'aspect de petits grains d'une teinte jaune grisâtre; ils laissent suinter du pus qui va se déverser dans le canal excréteur de la glande.

SYMPTÔMES.

La symptomatologie de l'inflammation de la glande sous-maxillaire revêt des caractères bien différents, suivant qu'on a affaire à une inflammation propre ou à une inflammation provoquée par les différentes causes que nous avons énumérées plus haut. Dans le premier cas, nons avons vu qu'elle atteignait des sujets avancés en âge et affectés d'une maladie grave concomitante. Chez eux, la sensibilité est devenue obtuse, en même temps que les grandes fonctions ont perdu de leur activité; chaque organe semble vivre et souffrir isolément. Incapable de réagir, l'individu paraît devenir inaccessible aux impressions. C'est ainsi que les vieillards affectés des maladies les plus graves se plaignent à peine d'un peu de malaise. Que de déceptions, que de graves mécomptes, si l'on s'attendait à trouver chez eux les caractères si tranchés de la maladie de l'âge moyen ! On ne

doit jamais oublier, selon le précepte de Grisolle, que, dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes en apparence fort légers.

Dans le second cas, l'affection atteint en général des sujets jeunes et en bon état de santé. La formation fréquente de nouveaux calculs, déterminant des inflammations répétées de l'organe, est bien de nature à porter le trouble dans les fonctions organiques de l'individu et à l'affaiblir considérablement; mais il n'y a ici qu'un organe qui soit réellement malade, et un organe d'une importance secondaire. Dans le premier cas, au contraire, c'est une maladie grave qui domine, et dont la lésion glandulaire n'est qu'une manifestation ultime.

L'affection dont le malade est atteint (la pneumonie, ordinairement) semble d'abord suivre son cours habituel, et rien ne semble encore présager une terminaison promptement funeste, lorsqu'on voir survenir dans l'état du malade une aggravation marquée : le pouls devient plus précipité, la température s'élève, la langue s'encroûte de fuliginosités; alors apparaît sur la partie latérale de la région sus-hyoïdienne, sous la mâchoire inférieure, une tumeur presque indolente, dure, irrégulière, fixe, située profondément. La peau présente son aspect normal. En pressant sur la partie gonflée, on provoque de la douleur. En faisant ouvrir la bouche au malade, on ne remarque rien dans cette cavité qui puisse expliquer le gonflement qu'on a sous les yeux. Si l'on fixe, avec le pouce de la main droite placé sous le maxillaire, cette partie saillante et qu'on promène l'index de la même main sur le trajet du canal de Warthon, on ne sent aucune saillie dans ce conduit. Tout, en un mot, est à l'état normal dans la cavité buccale; la glande sous-maxillaire, limitée par l'exploration, présente seule une augmentation de volume. Telles sont les seules manifestations qu'on remarque pendant les premières heures de cette singulière affection. Toutefois, l'inflammation glandulaire va faire des progrès rapides, en même temps

que l'affection principale. Le lendemain, on est fixé sur la gravité du pronostic qu'on se voit obligé de porter. En pressant sur la partie externe de la tumeur, la bouche du malade étant ouverte, on voit sourdre, par l'orifice du canal de Warthon, une gouttelette de pus, signe pathognomonique, dans ce cas, de la suppuration de la glande. L'état du malade s'aggrave de plus en plus; la face s'altère, elle devient jaunâtre, le pouls devient petit, filiforme; il survient du coma ou du subdelirium; la respiration s'embarrasse, puis la mort survient.

Nous avons dit plus haut que les calculs salivaires constituaient à peu près la seule cause qui, en provoquant de fréquentes inflammations de la glande, pût en déterminer la suppuration. Nous ne devons pas faire ici l'histoire de la lithiase salivaire, et, malgré tout ce qu'aurait d'attrayant cette curieuse affection, nous ne pouvons que la signaler en passant, sous peine de sortir du cadre que nous nous sommes imposé. Lorsque les calculs siégent vers l'extrémité buccale du canal de Warthon, le doigt les sent facilement; mais s'ils se trouvent dans la glande, comme cela arrive quelquefois, ou vers l'origine du conduit excréteur, le diagnostic en sera très-difficile. Toutefois, le cathétérisme fera souvent reconnaître la présence d'un corps étranger que le doigt ne pouvait sentir. Nous avons bien peu de chose à dire sur la terminaison de la maladie. Dans le cas d'inflammation propre de la glande, il ressort de ce qui précède que l'on doit s'attendre à un dénoûment promptement fatal. Lorsque l'inflammation est provoquée par des corps étrangers, elle se résout d'ordinaire assez promptement, après avoir fait disparaître la cause qui l'avait amenée.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'inflammation de la glande sous-maxillaire présente parfois des difficultés réelles : la rareté de cette affec-

tion, et le silence des auteurs sur ce point de pathologie l'expliquent facilement.

Un gonflement se montrant dans la région sous-maxillaire, a-t-on affaire à une adénite, à un phlegmon du tissu cellulaire périglandulaire, à une tumeur ou à une inflammation de la glande? Telles sont les questions qui se présentent.

Dans le cas d'engorgement ganglionnaire, il est souvent facile d'en trouver la cause dans une lésion primitive du côté des dents, de la face ou du crâne. La tumeur revêt une forme arrondie ; elle est assez régulière, un peu mobile et roule sous le doigt. Si, à l'exemple du Dr Talazac (Thèse de 1849), on introduit un stylet dans le canal de Warthon, et si l'on fait exécuter à la tumeur des mouvements en différents sens, on n'observe aucun mouvement d'oscillation du côté de l'extrémité libre du stylet, comme cela aurait lieu, si les mouvements qu'on imprime à la tumeur se passaient dans la glande. Nous doutons cependant que ce moyen soit bien pratique, et nous le donnons pour ce qu'il vaut.

Disons aussi que les adénites se montrent bien rarement après l'âge de 40 ans. Enfin, quand l'adénite est suppurée, on peut percevoir la fluctuation.

Lorsqu'au contraire, il y a inflammation glandulaire, la tumeur est dure, profonde, irrégulière et fixée par le dédoublement d'aponévrose cervicale qui l'enveloppe. De plus, il est impossible de percevoir la fluctuation. Il est bien difficile, au début, de distinguer un phlegmon du tissu cellulaire périglandulaire d'une inflammation de la glande. Cependant, quand l'abcès sera formé, on pourra sentir la fluctuation, et les doutes seront levés.

Quant aux tumeurs, la lenteur de leur développement, le manque de réactions inflammatoires, leur aspect bosselé, l'état général de l'individu, son âge, seront des éléments suffisants pour arriver au diagnostic.

En résumé, quand on verra chez un vieillard atteint d'une

maladie grave survenir du gonflement dans la région sous-maxillaire avec les caractères que nous avons énumérés plus haut, on aura affaire, selon toutes les probabilités, à l'inflammation de la glande sous-maxillaire, et le diagnostic acquerra un plus haut degré de certitude, si, en pressant sur la tumeur, on voit sourdre du pus par l'orifice du canal de Warthon.

Si ce gonflement survient chez un sujet jeune, il faudra tout de suite songer aux corps étrangers qui pourraient exister dans le canal ou dans la glande elle-même. L'exploration par le palper et par le cathétérisme du canal excréteur avec le stylet de Bowman pourra éclairer le chirurgien. Quant à diagnostiquer la présence de calculs dans la glande, les difficultés seront autrement sérieuses, et l'on se verra malheureusement forcé, dans la majorité des cas, de demeurer dans les probabilités.

Dans les quelques observations que nous allons citer sur l'inflammation suppurée de la glande sous-maxillaire amenée par les corps étrangers, nous ne pourrons faire la description d'aucune pièce pathologique, la maladie s'étant constamment terminée par la guérison. Notre diagnostic ne pourra donc être confirmé que par les symptômes.

Obs. I. — Le 11 septembre 1874, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay, le sieur V..., cocher, âgé de 25 ans. Le malade raconte que M. Duplay lui a extrait en 1869 deux calculs salivaires, dont l'un était à l'orifice du canal de Warthon, du côté droit, et l'autre plus profondément engagé dans l'intérieur de ce conduit.

Pendant sa captivité en Prusse, en 1870, il a eu, du même côté, une tuméfaction de la glande sous-maxillaire, sans abcès, et faisant saillie sous la mâchoire. Après avoir duré une quinzaine de jours, les accidents inflammatoires se sont dissipés pour se reproduire plusieurs fois, à divers intervalles, sans présenter aucun caractère de gravité.

Il y a huit jours, les mêmes phénomènes inflammatoires se sont reproduits, et ils sont parvenus à un tel degré d'intensité que le malade se trouve depuis deux jours dans l'impossibilité de manger.

12 septembre. La région de la glande sous-maxillaire est gonflée et douloureuse, un gonflement œdémateux occupe tout le plancher de la bouche. Par l'orifice élargi du canal de Warthon du côté droit, on voit sourdre du pus en assez grande quantité. On introduit un stylet dans ce conduit, et on arrive sur un corps dur à la profondeur d'un centimètre et demi. M. Duplay pratique un débridement et retire un calcul lisse, jaunâtre, en forme de croissant, ayant 2 centimètres et demi de longueur. Immédiatement après l'extraction de ce calcul, il s'échappe un flot de pus assez considérable.

Un stylet glisse aisément vers la région de la glande jusqu'à une profondeur de 5 centimètres.

Le 14. Le malade va mieux, mais la mastication est encore douloureuse.

Le 16. Tout gonflement a disparu du côté de la bouche et de la région sous-maxillaire; il n'y a plus de douleur; le malade sort de l'hôpital.

M. Duplay fait remarquer que la partie du canal située en arrière du corps étranger eût été incapable de contenir la quantité considérable de pus qui s'est échappé après l'opération, et qu'il est à présumer qu'une certaine partie venait de l'intérieur de la glande.

Il est même naturel, après ces inflammations si souvent répétées, d'admettre la suppuration de la glande. Admettre le contraire, ce serait aller contre les règles de la physiologie pathologique.

Obs. II.—Nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux* (avril 1857) l'observation suivante :

Hôtel-Dieu, service de M. Jobert de Lamballe.

G..., âgé de 37 ans, fort, vigoureux, un peu débilité, seulement

depuis quelques années, par l'affection dont il est atteint, et qui en était, lors de sa dernière admission à l'Hôtel-Dieu, à sa deuxième récidive.

La première atteinte de sa maladie remonte à 1850. Il se présenta à cette époque à l'Hôtel-Dieu portant un calcul du canal de Warthon. Son affection datait de trois mois. Il avait été pris de douleurs subites dans la région sous-maxillaire et dans la bouche, douleurs qui se propagèrent rapidement à la mâchoire, à la face, à l'oreille et à toute une moitié de la tête. Il survint simultanément un gonflement aux régions sous-maxillaire et sous-hyoïdienne. Le tout, d'après le rapport du malade, fut prompt comme l'éclair. Ces douleurs et ce gonflement atteignirent du premier coup la plus grande intensité. Dans la bouche et au niveau du canal de Warthon, les douleurs ressemblaient tour à tour aux effets de fortes brûlures, de coups de poignard, elles n'avaient presque jamais d'interruption complète. Il fut traité par les plus habiles médecins de l'Yonne. Tous les traitements furent impuissants, à l'exception des sangsues, qui furent employées au nombre de 80 en quinze applications, et qui pendant quelque temps atténuèrent les douleurs. Enfin, à bout de ressources et sous l'empire des douleurs les plus atroces, le malade vint se présenter dans le service de Jobert de Lamballe.

On constatait l'état suivant : Douleur du côté droit de la bouche et à toute la face du même côté, tumeur dure, résistante et limitée, assez volumineuse, développée au niveau des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. A la pression, le malade ressentait de la douleur, principalement dans la bouche. On ne remarquait aucune ulcération dans l'arrière-cavité buccale. Point de retentissement de cette affection sur les autres points de l'économie; rien dans les viscères. Le travail morbide était par conséquent local. Jobert de Lamballe diagnostiqua l'existence d'un calcul dans le canal de Warthon, et proposa de l'extraire. Il en retira un calcul volumineux, fusiforme et parfaitement blanc. On défendit au malade de parler, et

on lui ordonna des gargarismes quotidiens. Il sortit guéri de l'hôpital deux mois après.

Cet homme revient à l'Hôtel-Dieu en 1852, et présente les mêmes accidents que la première fois. Douleurs intolérables, perte de sommeil, mastication empêchée par le volume de le tumeur. L'examen ne révélait rien dans le canal de Warthon. Cependant, d'après les symptômes précédents, on crut devoir diagnostiquer l'existence d'un calcul. Une incision pratiquée sur la glande sous-maxillaire, qui était le siége d'un abcès, donna immédiatement issue à un mélange de pus et de sang ; puis elle se transforma en une fistule qui donna passage plus tard à un calcul. Un ganglion fut énucléé pendant l'opération, et sortit par l'incision pratiquée pour donner issue au calcul et au pus. Il y eut une hémorrhagie considérable vingt-quatre heures après l'opération. La plaie fut cicatrisée quelques mois après.

Cet homme s'est présenté pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu le 24 mars 1857, au n° 9 de la salle Saint-Côme. Depuis sa première récidive de 1852, il a toujours éprouvé quelques douleurs intermittentes. Il ressent en ce moment, dans la joue droite, des douleurs analogues à celles de ses premières atteintes, toutefois moins violentes que la deuxième fois.

G... était malade depuis quatre jours lorsqu'il est entré à l'hôpital. On constate de l'engorgement dans le conduit de Warthon et de la dureté en arrière de ce conduit. La glande sous-maxillaire fait saillie dans la bouche et dans la région sus-hyoïdienne ; la moindre pression sur la tumeur est intolérable. Il sort par le conduit de la glande un liquide muco-purulent dans lequel on aperçoit encore des filaments muqueux qui ont la couleur du blanc d'œuf. Jobert crut qu'il existait encore un ou plusieurs calculs. On prescrit un purgatif, de la limonade et des cataplasmes.

4 avril. Le malade a rendu quelques graviers, au milieu d'un mélange de pus et de mucus très-visqueux ; ils étaient chacun un

peu plus gros que la tête d'une épingle, et paraissaient avoir occupé les ramifications du canal de Warthon. G... éprouve un grand soulagement.

L'amélioration s'accroît de jour en jour.

Le 6. Tumeur diminuée de moitié ; la douleur a disparu.

Nous avons cru devoir reproduire cette observation en entier à cause des nombreux points intéressants qu'elle présente.

Obs. III. — Nous avons extrait des Mémoires de la Société de biologie (année 1852) l'observation suivante publiée par Rayer.

Le docteur B... m'a raconté : Il y a quinze ans environ, je ressentis à la région sublinguale droite une douleur bientôt suivie de gonflement avec gêne des mouvements de la langue et diminution de la salive. Au bout de trois jours, ces symptômes disparurent, après l'écoulement dans la bouche d'une matière semblable à du blanc d'œuf, mais un peu plus liquide. Pendant dix ans ces accidents se sont reproduits huit à dix fois, sans offrir d'autres particularités. En 1847, vers le mois d'avril, le gonflement reparut, plus considérable et plus douloureux, au-dessous de la langue, à droite du frein. Il fut accompagné d'un peu de fièvre avec douleurs lancinantes dans la région sublinguale. La durée de ces accidents fut un peu plus longue que dans les attaques précédentes, et la terminaison, au lieu de se faire par l'excrétion d'un liquide visqueux, se fit par l'écoulement d'un pus blanc qui sortit par l'ouverture du canal de Warthon. Pendant deux jours, je rendis chaque jour une quantité de pus qui aurait pu remplir un dé à coudre. Après cette évacuation, la tumeur sublinguale ne disparut pas complètement, et je sentis avec le doigt qu'il existait là un petit corps dur de la grosseur d'une tête d'épingle. Les années suivantes, les accidents se reproduisirent et toujours ils furent suivis d'un écoulement de pus par l'orifice du canal de Warthon, sans qu'on pût distinguer s'il était mélangé ou non de salive. Dans l'intervalle des accidents occasionnés évidemment par une

rétention de pus ou de salive, il s'écoulait de temps à autre un peu de pus, mais sans odeur. Le corps dur qu'on sentait près de l'orifice du canal de Warthon paraissait augmenter de volume et devenir plus profond, sans être douloureux au toucher.

Il y a dix jours, le 16 avril 1852, du pus sanguinolent sortit par l'ouverture du canal. Il se déclara une douleur vive et un gonflement considérable de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire du côté droit, de la fièvre avec perte d'appétit, des frissons, de la douleur dans les articulations. Bientôt des élancements violents se manifestèrent dans tout l'espace compris entre la langue et la mâchoire inférieure du côté droit. La glande sublinguale était très-dure, très-douloureuse, et les parties environnantes étaient tuméfiées.

Le 25 avril, une ouverture se fit au point correspondant à l'orifice du canal de Warthon ; du pus jaunâtre sortit par cette ouverture, ce qui me procura un peu de soulagement. Le lendemain un pus blanc continua à sortir, le gonflement était diminué. Mais la tumeur sublinguale resta dure, douloureuse, d'un rouge vif. Je sentis alors au-dessous de la membrane muqueuse le corps étranger que j'avais déjà constaté en 1847, mais dont le volume aurait beaucoup augmenté.

Le 27, au matin, la tumeur était moins douloureuse, et je remarquai un point blanc dont la circonférence était bornée par une ligne brunâtre ressemblant à du pus sanguinolent épanché. Dans la matinée, en promenant ma langue continuellement sur le point saillant, je sentis le corps étranger à nu. A l'aide de l'ongle je le dégageai, et finis par extraire un calcul du volume et de la forme d'une forte dent canine, et long de 3 centimètres environ.

Il serait peut-être un peu téméraire d'affirmer ici, d'après les symptômes que nous venons d'énumérer, qu'il y a eu suppuration de la glande. Cependant tout porte à le croire : la présence si longtemps prolongée de ce calcul dans le canal de Warthon, l'inflamma-

tion si souvent répétée de la glande, et les désordres qui s'étaient produits dans son voisinage n'ont pu avoir lieu sans amener les accidents les plus graves dans cet organe, et je dirai même sans en déterminer la suppuration.

Nous louerons la résignation de ce médecin qui supporta si longtemps son mal sans se plaindre. Mais nous croyons que sa conduite n'est pas à imiter, et qu'il eût été plus prudent de se faire débarrasser de ce corps étranger qui le gênait si fort, dès qu'il en apprit l'existence dans son canal de Warthon.

4° L'année 1849, Chassaignac racontait devant la Société de chirurgie un cas d'inflammation franche de la glande sous-maxillaire qu'il avait observé dans son service. La cause en aurait été due à un fragment de paille qui aurait pénétré par la bouche.

Si, la pointe de la langue étant relevée, dit-il, on projette un peu de sel sur le plancher de la cavité buccale, on voit sourdre de la salive avec abondance par le canal de Warthon sain. Si, au contraire, on comprime le canal du côté malade, on fait sortir une gouttelette de pus : le malade a été atteint d'accidents inflammatoires assez graves, caractérisés par un gonflement de la tumeur, par des douleurs d'oreille irradiées vers les mâchoires et le pharynx, en suivant différentes branches du plexus cervical.

Nous regrettons de n'avoir pu trouver plus de détails sur ce cas si intéressant. Toutefois ce simple fait rapporté par l'éminent chirurgien confirmera les idées que nous avons émises plus haut, à propos des calculs salivaires. Une glande qui s'enflamme à la suite d'un traumatisme passager de son canal excréteur, s'enflammera bien plus sûrement si le traumatisme est persistant comme dans les cas de calculs salivaires dans le canal de Warthon. Et si cette phlegmasie se répète un grand nombre de fois, il y aura inévitablement suppuration.

Nous pourrions citer encore d'autres observations que nous avons recueillies dans différents auteurs, mais nous préférons passer im-

médiatement aux inflammations propres de la glande qui nous paraissent plus intéressantes.

Obs. V. — Nous trouvons dans les Bulletins de la Société anatomique : M. Langlais présente les pièces suivantes observées chez deux vieillards dans deux affections différentes : la première est relative à un vieillard de 81 ans atteint de démence sénile, et qui, le 11 juin, est pris d'une pneumonie gauche du sommet avec râles crépitants et sous-crépitants : matité et absence de toux.

Le 12. L'abattement est plus considérable, le pouls est très-fréquent, la langue sèche. Le soir il est pris d'une tuméfaction au niveau de la glande parotide droite. La tumeur ne s'efface pas sous le doigt ; elle est indolente, même à la pression. On ne regarde pas à l'orifice du conduit de Sténon pour savoir s'il y a du pus. Le malade meurt le 13 juin. Examen de la parotide : Poids de la glande, 45 grammes. Il s'écoule un liquide séro-purulent qui n'est nulle part réuni en collections mais qui suinte de tous les culs-de-sac glandulaires. Malgré cet état, il n'y a nulle part de ramollissement. On voit au microscope du pus mélangé avec beaucoup de graisse.

La glande sous-maxillaire présente des lésions assez analogues. Elle est augmentée de volume, les conduits sont remplis de pus, et le poids est de 13 grammes.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un homme atteint également de démence sénile avec affaiblissement considérable voisin du marasme. La parotide présente des lésions analogues à celles de la précédente. Il n'est pas question de la glande sous-maxillaire.

Il eût été intéressant de savoir si dans le premier fait, il existait ce prolongement de la parotide qu'on remarque quelquefois et qui réunit cette glande à la glande sous-maxillaire.

Obs. VI. — Mondet (Jean), âgé de 76 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre, dans le service de M. Lannelongue, pour une cystite cal-

culeuse. On fait, à quelques jours d'intervalles, deux séances de lithotritie.

Le 20 mai 1874 il est pris d'une broncho-pneumonie ;

Le 21. L'abattement est considérable.

Le 22. L'état du malade continue à s'aggraver.

Le 23. On aperçoit une tumeur qui proémine dans la région sous-maxillaire droite. Cette tumeur est dure, fixe, profonde ; elle paraît assez sensible à la pression. La peau qui la recouvre n'a pas changé d'aspect.

Le 24. La tumeur a la grosseur d'une noix. Si on la comprime, la bouche du malade étant ouverte, on voit sourdre, par l'orifice du canal de Warthon, une gouttelette de pus. Le malade meurt dans la soirée.

Examen anatomique. — Sur la partie latérale droite de la région sus-hyoïdienne, sous le bord de la mâchoire, proémine une tumeur assez dure, du volume d'un gros marron aplati. La peau, à ce niveau, n'a pas changé de couleur; elle est cependant un peu œdémateuse. Le creux parotidien a conservé sa forme et son aspect; on n'observe rien du côté de la parotide. Quand on comprime la tumeur, il sort une gouttelette de pus par l'orifice du canal de Warthon. La glande sous-maxillaire examinée présente un volume double de l'état normal, il y a, dans son intérieur, des points ramollis suppurés, régulièrement disposés et représentant les lobules de la glande. Le pus n'est nullement réuni en foyer.

A côté de cette intéressante observation nous en citerons une autre tout à fait analogue :

Obs. VII. — Il s'agit ici d'un vieillard de 84 ans qui fut pris au mois de juin 1874 d'une pneumonie durant laquelle se déclara l'inflammation de la glande sous-maxillaire gauche. Le malade mourut le 12 juin. On fit l'autopsie le 13, et l'on trouva exactement les mêmes lésions que dans le cas précédent.

Dans ces trois derniers cas, nous voyons que la suppuration de la glande sous-maxillaire s'est produite constamment chez des sujets avancés en âge, et pendant le cours de la pneumonie; ajoutons qu'elle s'est montrée chaque fois comme phénomène critique et comme signe avant-coureur de la terminaison fatale.

Comment expliquer cette singulière coïncidence? Nous avouerons qu'il nous est impossible de trouver entre ces deux maladies, la pneumonie et l'inflammation de la glande sous-maxillaire, aucun rapport de cause à effet. Le fait cependant est intéressant, et nous le soumettons à l'attention des observateurs.

TRAITEMENT.

Lorsque l'inflammation est provoquée par des corps étrangers siégeant dans le canal de Warthon, la première indication consiste à en faire l'extraction en incisant le canal. Si les calculs siégent dans la glande, on incisera lentement la tumeur, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la glande. On laissera ensuite la suppuration se faire, et les calculs ne tarderont pas à être entraînés au dehors avec le pus, qui s'écoulera par la fistule. En attendant, on appliquera des cataplasmes. Il est prudent de surveiller attentivement le malade, à cause de l'hémorrhagie consécutive qui peut se produire, comme chez le malade de Jobert de Lamballe. Après la sortie des calculs, et lorsque l'inflammation aura complètement disparu, on traitera la fistule salivaire par les divers moyens appropriés : la cautérisation avec le nitrate d'argent fortement appliqué, suivie d'une compression exacte et prolongée, suffira le plus souvent pour amener la cicatrisation du trajet fistuleux.

Si l'inflammation était due à un traumatisme passager, comme dans l'observation IV, on se contenterait de l'application de cataplasmes, et, dans le cas d'inflammation vive, une application de quelques sangsues sur la partie externe de la tumeur serait parfaite-

ment indiquée. On se gardera bien d'employer l'onguent mercuriel, qui produirait le plus fâcheux effet en augmentant la congestion de l'organe. Les gargarismes formeront, dans tous les cas, un adjuvant utile des autres moyens.

Quant à l'inflammation survenant chez les vieillards, dans les conditions que nous avons énumérées plus haut, les meilleurs traitements seraient malheureusement infructueux.

L'inflammation n'est ici qu'une affection secondaire et qui contribue pour une part bien minime à la terminaison fatale.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulation du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre; paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine; leur préparation; caractères distinctifs de leurs dissolutions.

Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux, leur classification; des sangsues; décrire les diverses espèces d'hirudiniculture.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Périgoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant; caractères de la pureté des glycérolés; comment les prépare-t-on ?

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu par le Président de la thèse,

RICHET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.